Über Pyonephrosen und infizierte Hydronephrosen mit besonderer Berücksichtigung der chirurgischen Therapie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Tebbe

aus Weninghausen, Kreis Arnsberg (Westf.).

Kiel 1914.

Druck von Schmidt & Klaunig.

Über Pyonephrosen und infizierte Hydronephrosen mit besonderer Berücksichtigung der chirurgischen Therapie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Tebbe

aus Weninghausen, Kreis Arnsberg (Westf.).

Kiel 1914.

Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 16.
Rektoratsjahr 1913/14.

Referent: Prof. Dr. **Anschütz.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Anschütz,**
z. Z. Dekan.

Meiner teuren Mutter gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uberpynophrosenu0000wilh

Wird durch krankhafte Zustände der Abfluß des Nierensekretes erschwert oder aufgehoben, so entstehen Erweiterungen des Nierenbeckens und der Nierenkelche, die zu großen cystischen Geschwülsten anwachsen können. Es ist klar, daß die peripher gelegenen Abflußhindernisse, wie hochgradige Phimose, Strikturen der Harnröhre, Prostatahypertrophie und dergl., wenig in Betracht kommen, teils weil sie stets auf beide Nieren wirken und eine doppelseitige Abflußbehinderung mit dem Leben nur kurze Zeit verträglich ist, teils weil die Therapie nicht lange säumen wird, sie zu beseitigen. Die wichtigsten Ursachen liegen im Bereich der Ureteren, oder des Nierenbeckens selbst, so Neubildungen, Strikturen infolge eines Traumas, einer Ureteritis gonorrhoica, tuberculosa, chronica proliferans, dann Verstopfung der Ureteren durch Tumoren, Harnsteine usw.; außerdem kommen in Frage Narben, abnorme Klappenbildungen im Ureter, spitzwinkeliger Abgang desselben am Nierenbecken, Gefäßanomalien am Hilus, Wanderniere. Zuletzt wären noch angeborene Anomalien zu erwähnen.

Für diese Retentionsgeschwülste finden sich in der Literatur verschiedenerlei Benennungen. Küster schlug vor, sie mit dem gemeinsamen Namen Sackniere, Cystonephrose zu benennen, mit Hinweis darauf, daß eine Hydronephrose durch sekundäre Infektion zur Pyonephrose werden könne, daß anderseits eine Pyonephrose durch heftigen Zerfall der Eiterkörperchen und Umwandlung des eitrigen Katarrhs in einen schleimigen ihren typischen Charakter verliere. Dieser Vorschlag fand jedoch wenig Anerkennung, da unter einem Namen zwei Krankheitsursachen zusammengefaßt wurden, die einfache Behinderung des Abflusses und die primäre Infektion.

Im Gegensatz zu Küster bezeichnen Guyon und Albarran die Retention reinen aseptischen Urins mit Uronephrose, die von mehr oder weniger septischem Harn als Uropyonephrose, die von reinem Eiter als Pyonephrose.

Garré glaubt die Bezeichnung Küsters nicht ganz verwerfen zu können, wie Schede und Israel es tun, da sich dieselbe schon allzusehr eingebürgert habe und einer gewissen Beliebtheit erfreue. Er hebt jedoch hervor, daß unter dieser Bezeichnung zwei pathogenetisch völlig verschiedene Krankheitsbilder zusammengefaßt sind. Er nennt die Geschwülste aseptische und infizierte Hydronephrose und Pyonephrose.

Der von Israel hervorgehobene Umstand, daß die Entwickelung der Hydronephrose vorzugsweise in die drei ersten Dezennien des Lebens fällt, die Pyonephrose dagegen einer späteren Periode angehört, — von 17 Fällen seiner Beobachtung nicht weniger als 16, — spricht ebenfalls für die Beibehaltung differenzierender Bezeichnungen für Zustände, zwischen denen zwar Übergänge vorhanden sind, die aber ätiologisch und in ihren Erscheinungen doch sehr voneinander verschieden sind. In folgendem möchte ich mich bei der Benennung Israel anschließen, der sie, solange sie aseptisch sind, als Hydronephrosen, wenn sie sekundär infiziert werden, als Hydropyonephrosen oder infizierte Hydronephrosen bezeichnet. Ist keine aseptische Retention vorausgegangen, sondern ist ein infektiös entzündlicher Prozeß das Primäre, so gebraucht er den Namen Pyonephrose.

Aufgabe vorliegender Arbeit soll es sein, die in der chirurgischen Klinik zu Kiel vom Jahre 1899 bis einschließlich 1911 zur chirurgischen Behandlung gelangten Fälle von Pyonephrose und infizierter Hydronephrose zu behandeln, mit besonderer Berücksichtigung der Therapie.

Es wäre zunächst die Frage aufzuwerfen: kann eine Pyonephrose oder infizierte Hydronephrose ohne chirurgischen Eingriff zur Heilung kommen? Es sind in der Literatur Fälle beschrieben, wo eine Heilung im klinischen Sinne ein-

getreten ist; im anatomischen Sinne ist sie jedoch wohl auszuschließen. So berichtet F. Guyon 1895 in den „Ann. des malad. des org.-génito-urin“ Band XII, Heft 1 von einer Reihe von Pyonephrosen, von denen einige nach Entleerung größerer Eitermengen spontan heilten.

Einen ähnlichen Fall erwähnt Lenander 1900. Eine Hydronephrose vereiterte 2 Jahre nach ihrem ersten Auftreten. Der Eiter entleerte sich spontan; aber nach 6 Jahren trat abermals eine Pyonephrose auf. Nun wurde jedoch die Nephrotomie gemacht, der einige Zeit später die Exstirpation der Niere folgen mußte. Auf der Versammlung mittelrheinischer Ärzte im Jahre 1911 berichtet Bostroem, daß er oft bei Sektionen ausgeheilte Pyonephrosen gefunden habe. Der Inhalt sei in diesen Fällen schlemmkreideartig. Er glaubt, daß diese auf gonorrhoischer Infektion beruhen.

Wenn auch diese vereinzelte Befunde zeigen, daß Pyonephrosen spontan zur Heilung kommen können, so steht es heute doch außer Zweifel, daß jede diagnostizierte Pyonephrose resp. infizierte Hydronephrose der chirurgischen Behandlung zugeführt werden muß.

Es wäre nun zu betrachten, welche operative Behandlung die besten Resultate und die günstigsten Chancen für den Patienten bietet, die Nephrotomie oder Nephrektomie. Eine allgemein gültige Regel läßt sich hierfür, wie die vielen Fälle in der Literatur beweisen, nicht aufstellen. Hierüber muß bei jedem einzelnen Falle entschieden werden.

Die Nephrotomie kommt, abgesehen von Schwerkranken, die eine größere Operation nicht aushalten würden, zunächst in denjenigen Fällen in Frage, wo eine Pyonephrose oder infizierte Hydronephrose in den ersten Stadien in Behandlung kommt. Außerdem muß feststehen, daß die stauungbewirkende Ursache sicher entfernt werden kann. Bāzy berichtet über Pyonephrosen, die frühzeitig nephrotomiert wurden; sie heilten und die Nieren behielten ihre Funktion. Dann kann in den Fällen, in denen die Nephrektomie wegen Insuffizienz der

anderen Niere kontraindiziert ist, die vorläufige Nephrotomie gemacht werden. Mitunter erholt sich dann die zweite Niere soweit, daß die nachträgliche Exstirpation ermöglicht wird.

Die Frage der radikalen Operation wird sich zunächst nach der Menge des erhaltenen Nierengewebes richten. Handelt es sich um einen mit Eiter gefüllten Sack, wird man sich leicht zur Entfernung entschließen. Dagegen vertritt Albarran den konservativen Standpunkt, solange noch sezernierende Substanz vorhanden ist. Er hat mehrere Fälle zur dauernden Heilung gebracht, ohne den Nierenrest zu opfern. Diesen guten Resultaten stehen aber viele weniger günstige gegenüber, weshalb manche Chirurgen bei gut funktionierender zweiter Niere der Nephrektomie den Vorzug geben.

In vielen Fällen muß nämlich der Nephrotomie die Nephrektomie folgen, sei es wegen dauernder Eiterung oder wegen Urinfistel. So berichtet Israel über einen Fall, bei dem eine Hydronephrose mit Gonokokken infiziert war. Es wurde nephrotomiert, 25 Tage später mußte die Niere exstirpiert werden. Einen gleichen Fall erwähnt Bastos; ähnliche, die jedoch nicht auf Go.-Infektion beruhten, Lenander, Karaffa-Karbutt, C. G. Kumstein, Link, Clairmont u. a.

In anderen Fällen kommt es nach der Nephrotomie zu einer für die Patienten überaus lästigen Fistelbildung. Clairmont berichtet über zehn Nephrotomien bei Pyonephrosen, die sämtlich zur Fistelbildung führten, deren Heilung in den meisten Fällen einen sekundären Eingriff erforderte. Er kommt zu dem Schluß: „Bei Pyonephrose hat die Nephrektomie gute Dauerresultate. Die Kombination, nämlich Nephrotomie und sekundärer Eingriff, ergab zwar keine eigentlichen operativen Mißerfolge, führte aber kaum in der Hälfte der Fälle zur vollständigen Heilung".

Nun hat aber eine lange bestehende Fistelniere, wie sich aus den Koranyischen Versuchen ergibt, wenig Wert für

den Träger. Sie sondert immer weniger feste Bestandteile ab, so daß das Filtrat schließlich nur eine fast wässerige Flüssigkeit ist. Besteht also bei relativ viel erhaltenem Nierengewebe eine Behinderung des Abflusses im Ureter, die der plastischen Operation schwer oder gar nicht zugänglich ist, woraus zu schließen ist, daß mit einer langdauernden Fistel bei Nephrotomie zu rechnen ist, so ist stets die Entfernung der eitrig erkrankten Niere anzuraten. In solchen Fällen konservativ vorzugehen, hat keinen Wert. Auch darf die Gefahr einer Nephrotomie mit sekundärer Exstirpation nicht unterschätzt werden, abgesehen von der langen und schmerzhaften Nachbehandlung. Es sind nach Spaltung von Pyonephrosen pyämische Erscheinungen und metastatische Abszeßbildungen beobachtet worden.

Alle diese Ausführungen, die für die primäre Nephrektomie sprechen, haben natürlich nur dann Geltung, wenn eine genügende Funktion der zweiten Niere außer Frage gestellt ist. Liegt in dieser Hinsicht der geringste Zweifel vor, so muß trotz der erwähnten Gefahren die vorläufige Nephrotomie gemacht werden, der man dann vielleicht später, wenn die Funktion der anderen Niere einwandfrei ist, die Exstirpation folgen lassen kann.

Nach diesen Ausführungen sei es mir gestattet, 18 Fälle von Pyonephrose und 6 von infizierter Hydronephrose zu berichten, wofür mir Professor Anschütz das Material gütigst zur Verfügung stellte. Ich werde zunächst in kurzen Zügen die einzelnen Krankengeschichten anführen und dann aus dem Verlauf derselben die für die chirurgische Behandlung möglichen Schlüsse ziehen.

Fall I. J.-N. 348/1899.

Frau L., Gerichtsschreibersfrau.
Aufgenommen 25. V. 1899.
Entlassen 8. VII. 1899.

Anamnese: Von Kindheit an Schmerzen in der linken Seite und der Lumbalgegend; seit 15 Jahren verheiratet, kein Kind, Menses regelmäßig ohne Beschwerden. Im Herbst vorigen Jahres erkrankt mit Schmerzen in der linken Seite und im Epigastrium, der ganze Leib schwoll stark an. Sie lag 14 Wochen zu Bett, erholte sich langsam und wurde dann hierher zur Klinik geschafft.

Status: Mittelgroße, etwas schwache Patientin. Brustorgane gesund. Im linken Hypogastrium befindet sich eine ziemlich große Resistenz, die auf Druck schmerzempfindlich ist; sie ist etwas verschieblich, prall und voll. Der Urin enthält etwas Eiweiß, ziemlich viel Leukozyten, keine Zylinder, keine Epithelien. Cystoskopisch sieht man aus dem linken Ureter stark getrübten eitrigen Urin fließen.

Diagnose: Pyonephrosis sin.

29. V.: Temperatur 37,0; Puls 92.

29. V.: Operation: Exstirpation der Niere.

Anfangs viel Schmerzen, schwächlicher Zustand, dann erholt sich die Patientin allmählich.

6. VI.: Befinden sehr gut, Urin 1500 ccm.

17. VI.: Heilung der Operationswunde schreitet gut fort.

8. VII.: Patientin hat sich gut erholt. Es besteht keine Wunde mehr, keine Beschwerden. Urin klar, reichlich; spärlich Leukozyten. Als geheilt entlassen.

Am 15. VI. 1901 stellte sich Patientin wieder in der Klinik ein. Schmerzen in der linken Seite. Die Untersuchung ergab chronische Obstipation.

Fall II. J.-N. 186/1900.

Emma F., Schneidermeisterstochter.

Aufgenommen: 12. IV. 1900.

Entlassen: 20. VII. 1900.

Anamnese: Mutter kränklich, Vater und Geschwister gesund. Patientin hat früher Diphtherie gehabt. Sie fühlte Ende Januar nach einer Influenza Schmerzen in der linken

Lumbalgegend. Der am 30. III. konsultierte Arzt stellte einen unter dem Rippenbogen hervorragenden Tumor fest. Links unten Lungendämpfung. Temperatur 39,3; in den folgenden Tagen intermittierendes Fieber. Patientin gesteht schließlich, am 28. III. einen Abort gehabt zu haben. Trotz entsprechender Behandlung bleibt das Fieber.

Status: Patientin ist blaß, hager, anämisch. Brustorgane o. B.

Unter dem linken Rippenbogen ragt ein kindskopfgroßer Tumor hervor; er ist glatt, prall, fluktuierend. Die Harnuntersuchung ergibt viel Eiter im Urin. Der mit dem Katheter aus dem linken Ureter entnommene Urin ist sehr dick, stark eitrig.

Diagnose: Pyonephrosis sin.

Temperatur 39,0; Puls 108.

14. IV.: Operation: In Chloroformnarkose wird linksseitige Nephrotomie gemacht. Es entleert sich ca. 1 Liter dicken Eiters.

19. IV.: Da aus dem Drain kein Eiter sich entleert, wird es samt der tiefen Tamponade entfernt; es entleert sich eine Menge desselben Eiters wie bei der Operation.

5. V.: Die Patientin fühlt sich immer nicht recht wohl, es besteht remittierendes Fieber. Es wird nun die Niere exstirpiert. Die Untersuchung ergab eine stark verkäsende **tuberkulöse** Niere.

9. V.: Patientin erholt sich zusehends.

28. V.: Wunde heilt gut.

20. VII.: Die Wunde hat sich bis auf ein Geringes geschlossen, nur noch geringe Sekretion, der Urin ist eiweißfrei. Die Patientin wird in gutem Zustande entlassen.

Fall III. J.-N. 553/1900.

Pauline K., 49 Jahre alt, Kaufmannsfrau.

Aufgenommen: 2. VII. 1900.

Gestorben: 14. VII. 1900.

Anamnese: Patientin war früher gesund, hat nur viel Kopfschmerzen gehabt, 9 Geburten, 3 Fehlgeburten.

Vor ca. 3 Monaten traten plötzlich heftige Schmerzen im ganzen Leibe auf, ähnliche, aber nicht so schwere, hat sie schon früher in großen Zwischenräumen gehabt. Vor einer Woche traten auch Rückenschmerzen hinzu. Zugleich wurde der Urin trübe und stinkend, von da an Bettruhe, viel Erbrechen.

Status: Wohlgenährte Frau mit leidendem, leicht fieberhaftem Gesichtsausdruck. Brustorgane ohne Besonderheiten. Die ganze rechte Bauchgegend ist eingenommen von einer mannskopfgroßen Geschwulst. Die Leber ist vom Tumor abzugrenzen. Bei bimanueller Untersuchung ist der Tumor leicht beweglich, Oberfläche ziemlich glatt, Konsistenz prall elastisch.

Urin: schwarzbraun, dick, trübe; die Cystoskopie gibt kein deutliches Bild, da sich der Blaseninhalt nach jeder Spülung sofort wieder trübt.

Temperatur 39,5; Puls 96.

Diagnose: Pyonephrosis dextra.

4. VII.: Operation: Exstirpation der Niere, da sehr wenig gutes Nierenparenchym mehr vorhanden ist.

5. VII.: Puls gut und kräftig. Patientin im ganzen schwach.

7. VII.: Urinmenge 600 ccm, enthält viel weiße und rote Blutkörperchen, Detritus. Patientin ist schwach, leicht benommen, trinkt viel.

13. VII.: Patientin weigert sich zu trinken, ist viel benommen, hat wenig Urin; sie bekommt 1 Liter Kochsalzinfusion. Häufiges Erbrechen.

14. VII.: Zustand zusehends verschlimmert, völlig benommen, Puls klein. Infusion von 1 Liter Kochsalz.

Nachmittags $^1/_2 2$ Uhr gestorben.

Die Sektion ergab eine große linke Niere mit leicht parenchymatöser Nephritis, leichter Pleuritis adhaesiva und

Hypostase. In diesem Falle wäre vielleicht die konservative Behandlung der rechten Niere angezeigt gewesen, trotzdem nur wenig gesundes Nierengewebe mehr vorhanden war. Viel hätte dieses der Patientin sicherlich auch nicht mehr genützt; auch dann wäre sie sehr wahrscheinlich nach kurzer Zeit der Urämie erlegen.

Fall IV. J.-N. 1266/1902.

Blondine Gl.

Aufgenommen: 13. XI. 1902.

Gestorben: 19. XI. 1902.

Anamnese: Patientin war bereits im August 1902 wegen desselben Leidens in der Klinik, wollte sich nicht operieren lassen. Sie kommt jetzt, da die Beschwerden immer schlimmer werden, zur Operation.

Status: Sehr magere Frau.

Herz und Lunge o. B. Bauchdecken schlaff. Rechts seitlich vom Nabel ist das Abdomen deutlich vorgewölbt. Man fühlt einen fluktuierenden Tumor, der sich bei der Respiration nicht mit verschiebt. Die linke Nierengegend ist auch druckempfindlich.

Cystoskopischer Befund: Starke Injektion der Blase. Rechter Ureter entleert zeitweise trüben eitrigen Urin. Linker Ureter, in entzündeter Schleimhaut gelegen, entleert anscheinend normalen Urin. Im Urin schleimig-eitrige Massen. Mikroskopisch: keine Tuberkelbazillen.

Temperatur 38,6; Puls 100.

Diagnose: Pyonephrosis dextra.

17. XI.: Operation: Nephrotomia dextr. Es entleert sich eine Menge übelriechenden Eiters. Da die gute Funktion der linken Niere in Frage steht, wird bloß die Nephrotomie gemacht.

19. XI.: Exitus letalis.

Autopsie: Braune Atrophie des Herzens. Rechts eröffnete eitrige, noch Steine enthaltende Sackniere, fast kein sezernierendes Nierenparenchym mehr.

Linke Niere stark parenchymatös-nephritisch. In der Blase Cystitis.

Fall V. J.-N. 355/1903.

Wilh. R., 43 Jahre alt, Arbeiter.

Aufgenommen: 4. V. 1903.

Entlassen: 17. VII. 1903.

Anamnese: Bis zum Beginn der Krankheit ohne Besonderheiten. Anfang April brennende Schmerzen beim Wasserlassen. Harn leicht getrübt. Am 10. IV. heftige Schmerzen in der Seite, Anschwellung in der rechten Lendengegend, etwas druckempfindlich, vergrößert sich in den nächsten Tagen. Trübung des Harns wird stärker.

Status: Großer, kräftig gebauter Mann. Herz und Lunge o. B. Bauchdecken etwas gespannt. In der rechten Bauchgegend fühlt man einen prallen, fluktuierenden Tumor. Er entspricht der Lage der rechten Niere. Der mäßig getrübte Harn enthält mikroskopisch Eiterkörperchen, Stäbchenbazillen, Kokken, keine Tuberkelbazillen. Bei der Cystoskopie zeigt sich, daß der rechte Ureter periodisch stark eiterigen Harn entleert.

Temperatur 37,8; Puls 90.

Diagnose: Pyonephrosis dextr.

8. V.: Operation in Morph.-Chl.-Narkose. Da sich bei der Operation zeigt, daß nur wenig gesundes Nierengewebe erhalten ist, wird die Niere exstirpiert und der Ureter in großer Ausdehnung reseziert. Der Patient bekommt 2mal 1000 Kochsalzinfusion.

9. V.: Patient hat 900 ccm trüben Harn entleert, Temperatur 39,2. Deshalb feuchte Verbände, 2mal 1 Gramm Urotropin.

11. V.: Entleerung von 950 ccm wesentlich klaren Harns. Temperatur gefallen.

14. V.: Patient wird, da er das Wasser nicht lassen kann (Urotropinwirkung?), katheterisiert, reichlich wenig getrübter Harn; er bekommt kein Urotropin mehr.

23. V.: Urin wird seit 3 Tagen spontan gelassen, fast ganz klar.

1. VI.: Befinden gut, Wundhöhle hat sich wesentlich verkleinert.

17. VII.: Die Wundhöhle hat sich bis auf eine kleine granulierende Fläche geschlossen. Befinden und Ernährungszustand befriedigend. Harnsekretion normal.

Patient kann als geheilt angesehen werden und wird entlassen.

Fall VI. J.-N. 13/1906.

Frau Margarethe L., 35 Jahre alt, Arbeitersfrau.

Aufgenommen: 2. XII. 1905.

Entlassen: 16. IV. 1906.

Anamnese: Vater an Schwindsucht gestorben. Patientin war bis zur bestehenden Krankheit gesund; 4 gesunde Kinder, dann 4 Aborte in den ersten 2—3 Monaten der Gravidität. Nach dem letzten Abort vor ungefähr einem Jahre fühlte sie sich wieder vollständig gesund. Am 30. VII. erkrankte sie mit starkem Erbrechen, heftigem Kopfweh. Nach einigen Wochen stellten sich Schmerzen beim Wasserlassen ein und starker häufiger Harndrang bei geringen Harnmengen. Bei der Aufnahme fieberte sie und klagte über starke Schmerzen in der Lumbalgegend.

Status: Kräftig gebaute Patientin mit blasser Gesichtsfarbe. Herz und Lunge o. B. Abdomen druckempfindlich, besonders die linke Nierengegend schmerzhaft. Palpationsbefund ist wegen der reflektorischen Bauchdeckenspannung nicht zu erheben. Urin reich an Eiter, im Filtrat reichlich Eiweiß. Cystoskopie mißlingt, da die Blasenkapazität kaum 50 ccm beträgt.

Temperatur 39,0; Puls 108.

12. XII.: Nach anfänglicher Besserung nach innerer Behandlung wieder Temperaturanstieg und Schmerzen in der linken Nierengegend. Deshalb Operation in Äthernarkose.

13. XII.: Es wird die Nephrotomie gemacht, da noch relativ viel gut erhaltenes Nierengewebe vorhanden ist und die gute Funktion der rechten Niere in Frage gestellt ist.

29. XII.: Wunde granuliert gut, Urin im Filtrat stark eiweißhaltig; sehr viel Eiterkörperchen, einige Epithelien.

5. II. 1906: Patientin ist bald fieberfrei, bald fiebert sie, eine Ursache läßt sich nicht feststellen.

2. III.: Nach vorheriger Anästhesie der Blase mit Novokain rechtsseitiger Ureterkatheterismus ohne besonderen Erfolg. Aus dem Ureter kommt klarer Harn, mit starkem Eiweißgehalt, zahlreichen Epithelien, spärlichen roten Blutkörperchen.

3. IV.: In letzter Zeit abends immer Temperatursteigerung; deshalb im Ätherrausch Freilegen der linken Niere; der untere Nierenpol wird reseziert, da er kaum mehr mit der übrigen Niere in Verbindung steht. Mikroskopisch zeigt das herausgenommene Stück starke **tuberkulöse** Veränderung.

14. VII.: Da auch rechterseits eine Pyelitis und Nephritis besteht, ist an eine Nephrektomie nicht zu denken. Die Wunde hat sich verkleinert. Der Urin der linken Niere entleert sich aus einer Fistel, in der ein dünner Drain liegt. Trotzdem die entleerten Urinmengen klein sind, zeigt Patientin keine urämischen Erscheinungen. Sie wird ungeheilt entlassen.

Fall VII. J.-N. 24/1906.

Frau Christine P., Weichenstellersfrau.

Aufgenommen: 19. I. 1906.

Entlassen: 6. IV. 1906.

Anamnese: Patientin wurde in hiesiger Frauenklinik wegen Uterus reflexus und descensus vaginae operiert am 29. XI. 1905. Es bestand gleichzeitig eine Blasenscheidenfistel, und Patientin konnte anfangs nicht spontan Urin lassen. Mitte Dezember traten Schmerzen in der rechten Nierengegend auf, zunächst ohne erhöhte Temperatur. Seit Anfang

Januar Temperatur- und Schmerzsteigerung. Früher stets gesund, 4 Geburten, 2 Fehlgeburten, Menses schwach, doch regelmäßig.

Status: Lunge o. B. Herz einfingerbreit innerhalb der Mammillalinie, 2. Aortenton verstärkt, Puls 132. Die linke Niere ist vergrößert, zeigt starke Druckempfindlichkeit. Bei der Cystoskopie zeigt sich, daß der rechte Ureter keinen Urin entleert; das mit dem Ureterkatheter gewonnene Sekret enthält Eiweiß, zahlreiche Leukozyten, rote Blutkörperchen.

Temperatur 38,6; Puls 90.

Diagnose: Pyonephrosis dextra.

Operation: Bei der Operation zeigt sich, daß noch viel gutes Nierengewebe vorhanden ist. Es wird deshalb die Nephrotomie gemacht.

31. I.: Da noch allabendlich Temperatursteigerung vorhanden ist, erfolgt die Revision der Wunde in Äthernarkose. Es wird nichts Besonderes gefunden. Es werden 2 Drains ins peritoneale Gewebe, eins ins Nierenbecken gelegt.

16. II.: Das Drain im oberen Wundwinkel wird fortgelassen.

25. I.: Ebenso das im Nierenbecken.

1. III.: Verband trocken, gut granulierende Wunde, keine Temperatursteigerung mehr.

6. IV.: Nephrotomiewunde geheilt; Patientin gut erholt; als geheilt entlassen.

Fall VIII. J.-N. 1032/1906.

Elise G., 38 Jahre alt, Arbeitersfrau.

Aufgenommen: 1. IX. 1906.

Entlassen: 29. X. 1906.

Anamnese: Patientin hat mit 18 Jahren Diphtherie, mit 25 Jahren einen leichten Typhus gehabt; 7 Geburten, 5 Kinder leben noch. Anfangs April erkrankte sie an Lungenentzündung und Nierenschmerzen. Die Lungenentzündung ist

ausgeheilt, das Nierenleiden bestand fort. Patientin will seit ihrer Krankheit 40 Pfund abgenommen haben.

Status: Kräftig gebaute Frau in gutem Ernährungszustand. Herz und Lunge o. B. Die linke Lumbalgegend wird sichtlich vorgewölbt durch einen großen, mäßig gespannten, anscheinend fluktuierenden Tumor. Urin wird reichlich entleert, enthält aber sehr viel Leukozyten. Cystoskopischer Befund:

Rechter Ureter entleert klaren Urin, linker Ureter entleert ganz langsam Eiterpflocken.

Ureterkatheterismus: links reiner Eiter, rechts klarer Urin.

Tuberkelbazillen nicht zu finden.

Temperatur 38,4; Puls 100.

4. IX.: Operation in Morphium-Äther-Tropfnarkose: Die Niere wird exstirpiert, da fast kein gesundes Nierengewebe vorhanden ist.

9. IX.: Viele Durchfälle, wenig Urin, derselbe enthält Eiweiß, Leukozyten, Zylinder in geringer Menge.

Allgemeinbefinden gut.

13. IX.: Unter Opium und Digitalis läßt der Durchfall nach; die Urinsekretion steigt. Allgemeinbefinden und Wundverhältnisse gut.

15. X.: Wunde verkleinert sich langsam; Befinden gut.

29. X.: Wunde noch nicht völlig verheilt, sieht aber gut aus. Patientin wird in gutem Ernährungszustande entlassen. Sie kann als geheilt betrachtet werden.

Fall IX. J.-N. 1985/1906.

Frau Emma K. Bei der Untersuchung wurde eine linksseitige Pyelonephritis und eine rechtsseitige Pyonephrose auf Grund der Nephrolithiasis konstatiert. Temperatur 37,0; Puls 120. In der Erwartung, daß es besser sei, zuerst das linke Becken zu drainieren und dann später evtl. die Exstirpation der rechten Niere anzuschließen, wurde zunächst die

Nephrotomie der linken Niere gemacht. Aber der Zustand der Patientin war derart, daß sie am selben Tage ad exitum kam.

Fall X. J.-N. 123/1906.

Margarete I.

Aufgenommen: 25. III. 1906.

Gestorben: 13. IV. 1906.

Anamnese: Patientin vom 12. X. 1905 bis 12. II. 1906 in der hiesigen Klinik wegen Abscessus hepatis und Empyema Pleurae in Behandlung gewesen. Kommt jetzt wieder mit Schmerzen in der rechten Seite, zeigt allgemeine Mattigkeit, Fieber.

Status: Herz o. B. Über beiden Lungen vereinzelte feuchte Rasselgeräusche. Am unteren Rande der Leber im Bereiche der rechten Thoraxhälfte 3 Operationsnarben. Im Bereich der Leber keine Druckempfindlichkeit. Im Urin Eiweiß und Leukozyten. Rechte Niere deutlich palpabel, sehr druckempfindlich.

1. IV.: Ureterkatheterismus: Rechts viele Leukozyten und granulierte Zylinder.

Links keine Leukozyten, wohl aber granulierte und hyaline Zylinder.

Im Harnsediment keine Tuberkelbazillen.

Temperatur 37; Puls 90.

7. IV.: Operation: Nephrotomia dextra. Es findet sich eine starke par. Nephritis, Nierenbecken mäßig erweitert, eitrige Retentionszysten.

9. IV.: Durch Exzitantien gelingt es, den anfänglichen Kollaps zu bekämpfen.

12. IV.: Wunde sieht reaktionslos aus. Patientin ist sehr elend, klagt viel über Schmerzen.

13. IV.: Exitus.

Obduktion: Abszesse im Unterlappen der rechten Pulmo, in der Leber; Pyonephrose.

Fall XI. S.-N. 583/1906.

Emma D.

Aufgenommen: 18. VI. 1906.

Gestorben: 4. VII. 1906.

Anamnese: Während einer Gravidität vor 10 Jahren zuerst Schmerzen im linken Hypochondrium. Zwei Jahre nach dieser Entbindung wurde sie wegen Retroflexio uteri behandelt.

Im Juli 1904 bekam sie plötzlich sehr heftige Schmerzen in der rechten Seite. Es traten auch nachher Schmerzen in der linken Seite auf. Es bildete sich eine Geschwulst, die aber wieder verschwand, nachdem sich plötzlich Eiter aus der Blase entleert hatte.

Status: Anämische Frau, in schlechtem Ernährungszustande. Herz und Lunge o. B. Linke Niere stark druckempfindlich, vergrößert, rechte Niere vergrößert, unterer Pol. druckempfindlich.

Blasenurin: E. +; sehr zahlreiche Leukozyten und spärliche Eiterzylinder.

Temperatur 37; Puls 100.

Operation: Es wird beiderseits nephrotomiert. Die Patientin kommt am 4. VII. ad exitum.

Autopsiebefund: Links wenig gutes Nierengewebe, Thrombus in der art. renalis; rechts sehr stark atrophische Sackniere.

Fall XII. J.-N. 1841/1906.

Gilda J., 43 Jahre alt.

Aufgenommen: 16. I. 1907.

Entlassen: 24. II. 1907.

Anamnese: Patientin hat seit neun Wochen Schmerzen rechts vom Nabel bis in die Kreuzgegend. Hin und wieder hat sie Schmerzen beim Wasserlassen. Infectio negatur. Sie gibt an, seit August 1906 gravide zu sein.

Status: Schwache, blasse Frau. Herz und Lunge o. B. Uterus reicht bis zweifingerbreit unterhalb des Nabels. Bei bimanueller Palpation fühlt man im rechten Teil des

Abdomens eine fast kindskopfgroße weiche Geschwulst, die druckempfindlich ist und fluktuiert.

Der Urin ist trübe, enthält reichlich Eiterkörperchen, keine Tuberkelbazillen. Bei der Cystoskopie sieht man aus dem rechten Ureter reichlich Eitermassen hervorquellen.

Der linke Ureter scheint frei zu sein.

Temperatur 37,8; Puls 100.

Diagnose: Pyonephrosis dextra.

21. I.: Bei der Operation entleert sich reichlich dünnflüssiger Eiter. Das Nierenbecken wird drainiert.

31. I.: Glatte Entfieberung.

24. II.: Patientin befindet sich gut, sie wird entlassen.

Fall XIII. J.-N. 310/1907.

Frau I., 45 Jahre alt.

Aufgenommen: 23. IV. 1907.

Entlassen: 7. V. 1907.

Anamnese: Patientin hat sechs lebende Kinder; zwei Aborte gehabt. Seit etwa $1^1/_2$ Jahren, kurz nach Eintreten der Menopause, bestehen Schmerzen in der rechten Seite, die nach vorn und unten ausstrahlen.

Status: Herz und Lunge o. B. Abdomen rechts aufgetrieben, man sieht deutlich zwischen Rippenbogen, Nabel und Spina ant. sup. eine halbkugelige Vorwölbung. Man fühlt einen kindskopfgroßen anscheinend fluktuierenden Tumor, der wenig druckempfindlich ist.

Cystoskopiebefund: Rechter Ureter entleert nichts, linker normal. Beim Ureterkatheterismus stößt man rechts 24 cm oberhalb der Uretermündung auf ein unüberwindliches Hindernis. Da man eine Hydronephrose annimmt, operiert man.

Temperatur 37,6; Puls 98.

25. IV.: Es zeigt sich jedoch, daß die Niere in einen großen Eitersack verwandelt ist, der nun exstirpiert wird.

6. V.: Die Wundhöhle sieht gut aus, sie verkleinert sich zusehends.

11. V.: Wundfläche zeigt gute Granulationen. Patientin wird in Behandlung ihres Hausarztes entlassen.

Fall XIV. J.-N. 336/1907.

Ernestine R., 49 Jahre alt.

Aufgenommen: 29. IV. 1907.

Entlassen: 7. VI. 1907.

Anamnese: Im Winter 1905/06 starke Schmerzen in der rechten Nierengegend. Gleichzeitig wurde der Urin trübe und die Menge geringer. Patientin erholte sich damals vollständig wieder. Vor 14 Tagen erneuter Anfall. Früher einmal Gelenkrheumatismus und einmal Rippenfellentzündung.

Status: Sehr dicke, kräftige Frau. Lunge o. B. Herz: systol. Geräusch über der Spitze.

In der rechten Seite fühlt man bei bimanueller Palpation einen kindkopfgroßen Tumor, der anscheinend fluktuiert.

Cystoskopie: Blase intakt. Rechter Ureter funktioniert nicht; der Ureterkatheter stößt auf ein Hindernis. Der linke Ureterkatheter liefert eiweißhaltigen Urin.

Diagnose: Pyonephrosis dextra.

4. V.: Urin enthält Eiter in Menge.

Cystoskopie: Rechter Ureter entleert Eiter.

Temperatur 37,7; Puls 92.

5. V.: Exstirpation des Pyonephrosensackes, Drainage und Tamponade der Wundhöhle. Nierenparenchym war nicht mehr nachweisbar.

9. V.: Patientin hat sich gut erholt.

21. V.: Bis auf eine Drainöffnung geheilt; Urinmenge 1000.

1. VI.: Flache granulierende Wunde. Patientin hat sich gut erholt.

7. VI.: Patientin wird als geheilt entlassen.

Fall XV. J.-N. 598/1907.

Betty Sch., 60 Jahre alt.

Aufgenommen: 6. V. 1907.

Entlassen: 19. VIII. 1907.

Anamnese: Patientin war im allgemeinen gesund. Vor zwei Jahren bekam sie häufigen Urindrang. Mitte Mai bekam Patientin plötzlich Schmerzen, die von der linken Nierengegend nach der linken Unterbauchseite ausstrahlten.

Status: Gut genährte, kräftige Patientin.

Herz o. B.

Abdomen: Bauchdecken sehr fettreich. In der linken Lumbalgegend ein sehr großer Tumor, Fluktuation nicht nachweisbar, er ist druckempfindlich.

Ureterkatheterismus gelingt links sehr schwer, liefert keinen Urin. Rechts gelingt er.

Der Urin rechts enthält reichlich große Blutkörperchen, E. +.

Temperatur 38; Puls 96.

Diagnose: Pyonephrosis sin.

Operation: Nephrotomia sin. Es entleert sich reichlich Eiter; der Pyonephrosesack wird nicht exstirpiert, da dieses bei der bestehenden Erkrankung der anderen Niere zu gefährlich erscheint.

15. VI.: Allgemeinbefinden gut.

1. VII.: Gutes Befinden.

Urinmenge steigt. Im Blasenurin nur noch Spuren von Eiweiß. Wunde granuliert gut.

14. VII.: Schmerzen im linken Bein und Anschwellung (Thrombose!).

19. VII.: Das Allgemeinbefinden ist wieder gut.

Die Wunde hat sich sehr verkleinert, granuliert gut. Patientin wird in Behandlung ihres Hausarztes entlassen.

Fall XVI. J.-N. 748/1907.

Fräulein Katherina B., 23 Jahre alt.

Aufgenommen: 4. VII. 1907.

Entlassen: 14. IX. 1907.

Anamnese: Als Kind englische Krankheit und Masern gehabt. 1901 in der Frauenklinik wegen eines Ovarialtumors

operiert. Im selben Jahre Uterus und linksseitiges Dermoid entfernt.

1907 sucht die Patientin abermals die Frauenklinik auf mit Schmerzen im Hypochondrium und Hypogastrium, Druckempfindlichkeit in der rechten Nierengegend.

3. VII.: Aufnahme in die chirurgische Klinik. Herz und Lunge o. B. Die Cystoskopie ergibt, daß der rechte Ureter Eiterflocken entleert, der linke Ureter funktioniert gut. Der Ureterkatheter wird rechts ungefähr 12 cm hinaufgeführt, ohne etwas zu entleeren.

Diagnose: Pyonephrosis dextra.

5. VII.: Operation: retroperitoneale Nephrektomie, da es nicht gelingt, einen im Ureter befindlichen Stein zu entfernen, dieser selbst narbig geschrumpft, entzündlich ist, die Niere selbst kaum noch gutes Gewebe enthält.

11. VII.: Wunde sieht gut aus; Urinmenge 1100 ccm.

30. VII.: Die Heilung nimmt nach Entfernung der Tampons einen guten Verlauf.

15. VIII.: Wunde ist bis auf eine 4 cm große, noch etwas in die Tiefe gehende Fistel geschlossen, Urin normal.

1. IX.: Patientin steht auf, kleine oberflächliche Wunde.

14. IX.: Patientin wird geheilt entlassen.

Am 19. IV. 1910 wird Patientin wieder in die Klinik aufgenommen mit Schmerzen in dem Rücken links. Der Urin ist seit einiger Zeit trübe. Die Untersuchung ergibt eine linksseitige Pyonephrose. Es wird die Nephrotomie gemacht, die die Diagnose Pyonephrose bestätigt, beruhend auf Nephrolithiasis. Da nur wenig gutes Nierengewebe mehr erhalten ist, ist an ein Aufkommen der Patientin kaum zu denken. Sie kommt unter urämischen Erscheinungen am 23. IV. ad exitum.

Fall XVII. J.-Nr. 1728/1911.

Frau Luise K., 45 Jahre alt.

Aufgenommen: 17. X. 1911.

Entlassen: 6. XII. 1911.

Anamnese: Als Kind Halskrankheiten, mit 20 Jahren Scharlach, mit 39 Jahren Blutvergiftung. Vor einem Jahre begannen die Schmerzen im Rücken, die sich im Laufe der Zeit einigemal wiederholten, seit 3 Monaten besonders heftig. Urin ist seitdem immer trüb mit weißem Satz, am meisten nach einem Anfall.

Status: Brustorgane o. B., mäßige Druckempfindlichkeit in der rechten Nierengegend, im Urin Eiweiß, massenhaft Leukozyten.

Cystoskopischer Befund: Blase intakt.

21. X.: Ureterkatheterismus:

Linker Ureter entleert klaren Urin.

Rechter Ureter etwas gequollen, entleert dicke Eitermassen.

Temperatur 37,0; Puls 96.

Diagnose: Pyonephrosis dextra.

7. XI.: Operation in Äthernarkose.

Bei der Operation zeigt sich, daß nur sehr wenig Nieren-Parenchym mehr erhalten ist; deshalb wird die Niere exstirpiert.

8. XI.: Puls o. B., Temperatur 38; morgens 300 ccm leicht rötlichen Urin gelassen.

10. XI.: Im Urin Eiweiß, viel Urate, keine Blutkörperchen, keine Zylinder.

22. XI.: Temperatur normal, keine subjektiven Beschwerden.

1. XII.: Sekret aus der Wunde gering. Patientin steht seit 3 Tagen auf.

6. XII.: Pulsfühlte sich noch etwas schwach, guter normaler Heilungsverlauf. Wird in Behandlung ihres Arztes entlassen.

Bei nachträglicher Vorstellung zeigt sich eine glatte Operationsnarbe. Patientin klagt über geringe zystische Beschwerden, die sich aber als unwesentlich herausstellen.

Fall XVIII.

Antonie K., 40 Jahre alt.

Aufgenommen: 2. VII. 1911.

Entlassen: 5. VIII. 1911.

Anamnese: Familienanamnese o. B. Als Kind Masern; Menses regelmäßig, o. B. Seit 20 Jahren verheiratet, vor 17 Jahren einziger Partus, Geburt und Wochenbett normal. Seit etwa 16 Jahren hat Patientin Anfälle von Schmerzen in der rechten unteren Bauchseite, die stunden- und tagelang anhalten. Es wurden Nieren- oder Gallensteine, dann Wanderniere angenommen. Urin nie bluthaltig, manchmal etwas trübe. Seit Januar d. J. fühlt sich Patientin stärker krank, seit 8 Tagen ist sie bettlägerig. Es entwickelte sich eine Anschwellung in der rechten Bauchseite.

Status: Sehr blasse Frau, von schlankem Bau und reduziertem Ernährungszustande.

Herz und Lunge o. B.

In der rechten Bauchseite ein etwa kindskopfgroßer, deutlich abgrenzbarer Tumor fühlbar, manuell und mit der Atmung etwas verschieblich, nicht fluktuierend.

Urin trübe, enthält viele Leukozyten, dazwischen lange, plumpe Stäbchen (Coli).

Blase eiterhaltig, ohne Geschwüre. Ureteren o. B.

Der Ureterkatheter gelangt nur eben über das Orificium ext. uret. hinauf.

Temperatur 38,0; Puls 95.

Diagnose: Pyonephrosis dextra.

3. VII.: Operation in Lokalanästhesie, unterstützt durch einmaligen Ätherrausch.

Bei der Inzision entleert sich etwa 1/4 Liter dicken Eiters. Im Nierenbecken findet sich ein großer nußförmiger Stein. Da noch parenchymhaltiges Gewebe vorhanden ist, wird die Niere nicht exstirpiert. Drainage des Nierenbeckens und geringe Tamponade.

11. VII.: Urinsekretion aus der Wunde minimal. Befinden deutlich gebessert; heute ohne nachweisbare Ursache Temperaturanstieg. Das Befinden ist jedoch kaum beeinträchtigt.

31. VII.: Temperatur ist wieder rasch gefallen, seit 2 Wochen wieder normal; die Wunde hat sich sehr verkleinert. Die Granulationen sehen gut aus. Allgemeinbefinden gut.

Appetit und Stuhlgang normal. Im Urin noch Eiweiß und Leukozyten.

5. VIII.: Wunde fast geschlossen. Allgemeinbefinden gut. Patientin wird als geheilt entlassen.

Es folgen nun 6 Fälle von infizierter Hydronephrose.

Fall XIX. J.-Nr. 453/1903.

Marie R., 48 Jahre alt.

Aufgenommen: 31. V. 1903.

Entlassen: 2. X. 1903.

Anamnese: Seit vier Jahren leidet Patientin an Schmerzen in der linken Nierengegend. Der Urin war vielfach trübe und übelriechend. Vor 4 Wochen nach einem Schmerzanfall Blut im Urin. Seit ca. 6 Wochen auch Schmerzen in der rechten Nierengegend. Nach vielem Trinken Schmerzen in beiden Seiten. Klagt jetzt über starke Schmerzen in der linken Nierengegend mehr als in der rechten.

Status: Die rechte Niere ist deutlich zu fühlen, nur wenig vergrößert, aber ausgesprochen druckempfindlich. Linke Niere nicht palpabel, druckempfindlich.

Cystoskopiebefund: Geringer Katarrh. Rechte Ureterмündung weit, Urin anscheinend klar. Linke Ureterмündung eng.

Ureterkatheterismus: Im linken Ureter oberhalb der Mündung ein Hindernis. Der rechte Katheter läßt sich bis ins Nierenbecken schieben, aus dem ca. 20 ccm eines lilarötlichen, stechend riechenden Urins entleert wird. Links wird sehr wenig klarer, aber eiweißhaltiger Urin entleert. — Temperatur 38; Puls 104.

2. VI.: Es wird zunächst eine linke Nephrotomie gemacht, da man hier eine Steinniere vermutet. Man findet eine parenchymatöse Nephritis und ein abgekapseltes Hämatom.

22. VI.: Linke Niere: Urin klar, kein Eiweiß. Rechte Niere: Urin getrübt, reichlich Leukozyten, massenhaft Bakterien im Filtrat.

Da nach Spülungen des rechten Nierenbeckens Flüssigkeit im Becken zurückbleibt, diagnostiziert man eine rechte infizierte Hydronephrose, und führt am 15. VIII. die rechtsseitige Nephrektomie aus. Es ergab sich eine mäßige infizierte Hydronephrose, beruhend auf Abknickung des Ureters infolge Tieflagerung der Niere.

16. IX.: Da eine Fistel entstanden ist, wird diese exkochleiert und die Wundfläche mit Acid. carb. liquef. geätzt.

5. X.: Die geheilte Patientin wird in ambulante Behandlung genommen.

Fall XX. J.-Nr. 173/1905.

Christine H., 37 Jahre alt.

Aufgenommen: 5. IV. 1905.

Entlassen: 2. VI. 1905.

Anamnese: Patientin hatte zuerst vor 4 Monaten Schmerzen in der linken Seite. Sie fühlte eine Geschwulst. Nach einigen Tagen entleerte sich unter heftigen Schmerzen eine große Menge trüben Urins. Schmerzen wie Geschwulst verschwanden hierauf. Einen gleichen Anfall hatte sie Mitte Januar, weitere am 2. und 8. Februar.

Status: Kräftige, gut genährte Frau. Herz und Lunge ohne Befund.

In der linken Oberbauchgegend fühlt man eine unsichere harte Resistenz, sie ist nicht druckempfindlich. Cystoskopisch sieht man in der Blase, deren Schleimhaut normal ist, einen Eiterpflocken. Der Ureterkatheterismus ergibt rechts normalen Urin, kein Eiweiß, während das Sekret links trübe und mit Eiterpflocken vermischt ist, wenig Eiweiß. Mikroskopisch finden sich links zahlreiche Leukozyten, ziemlich viel rote Blutkörperchen; keine Tuberkelbazillen, wohl aber an Bact. coli erinnernde Stäbchen. — Temperatur 37; Puls 92.

8. IV.: Operation: Man findet die Niere in einen großen schlaffen Sack umgewandelt, der exstirpiert wird.

18. IV.: Patientin hat sich völlig erholt. Die Urinmenge ist reichlich.

12. V.: Die schlaffen Granulationen werden mit Jodtinktur behandelt. Höhle nur noch 3 cm tief.

2. VI.: Wunde bis auf eine kleine oberflächliche Granulation geschlossen. Patientin fühlt sich völlig wohl; sie wird entlassen.

Fall XXI. J.-Nr. 909/1905.

Anna L., 29 Jahre alt.

Aufgenommen: 5. IX. 1905.

Entlassen: 1. XI. 1905.

Anamnese: Patientin hat seit 15 Jahren Schmerzanfälle in der rechten Seite. Zu gleicher Zeit tritt eine Anschwellung in der Seite auf. Der Urin wird nach dem Anfall reichlich sezerniert.

Status: Lunge ohne Befund. Rechte Niere deutlich als respiratorisch verschieblich tastbar; links nicht palpabel. Im Blasenurin ist Eiweiß positiv, er enthält etwas Sediment.

Ureterkatheterismus: Rechtes Nierenbecken nicht erreichbar; weißer, trüber Urin. — Temperatur 36,8; Puls 90.

13. IX.: Operation: Man findet die Niere als einen mannsfaustgroßen hydronephrotischen Sack, der, da fast kein normales Nierengewebe mehr vorhanden ist, exstirpiert wird. Der Inhalt ist milchig getrübte Flüssigkeit (Bacterum coli).

15. IX.: Patientin hat Urin gelassen. Allgemeinbefinden befriedigend.

18. IX.: Wunde mußte wieder eröffnet werden. Kleiner perirenaler Abszeß.

1. X.: Wunde heilt gut.

1. XI.: Patientin wird mit kleiner granulierender Wunde entlassen.

Fall XXII. J.-Nr. 361/1905.

Julius P., 47 Jahre alt.

Aufgenommen: 9. V. 1905.

Gestorben: 26. V. 1905.

Anamnese: Patient hat vor etwa 10 Jahren zuerst Blut in seinem Urin bemerkt. Nach stärkeren Anstrengungen trat es immer wieder in demselben auf. Trotzdem hatte er erst vor 2 Jahren ärztliche Hilfe in Anspruch genommen, als nach einer Lungenentzündung Schmerzen in der rechten Nierengegend auftraten. Er wurde in Wildungen mit Trinkkuren behandelt. Da keine Besserung aufgetreten ist, kommt er jetzt zur Behandlung in die chirurgische Klinik.

Status: Über beiden Lungen Bronchitis, Herzdämpfung etwas nach rechts verbreitert. Von der rechten Niere ist der untere Pol zu fühlen. Cystoskopischer Befund: Mäßig nach der Blase zu prominierende Prostata, im Blasengrunde Blutgerinnsel, Blasenschleimhaut hyperämisch, keine Steine; Uretermündungen ohne Befund, aus beiden entleert sich leicht getrübter Urin.

Ureterkatheterismus: Rechte Niere entleert fast klaren Urin, mit vielen roten und weißen Blutkörperchen, mehrere zum Teil verfettete Epithelien. $\triangle = 1{,}435$. Linke Niere: Wesentlich derselbe Befund, nur Gefrierpunkt $= -1{,}015$.

Tuberkelbazillen nicht nachweisbar. Diagnose: Infizierte hämorrhagische Hydronephrose. — Temperatur 38,3; Puls 96.

16. I.: Operation in Äther-Tropfnarkose. Es wird mit Rücksicht auf die gleichzeitig bestehende Erkrankung der linken Niere die rechtsseitige Nephrotomie gemacht. Es entleert sich eine reichliche Menge blutigen, übelriechenden Urins. Das Nierenbecken ist stark erweitert, aber noch reichliche Nierensubstanz vorhanden, die etwas getrübt ist. Steine sind nicht festzustellen.

17. I.: Temperatursteigerung, Puls 120. Aus dem Nierendrain fließt kein Urin.

19. I.: Temperatur 39, Puls 124, klein; Kampfer und Digitalis, warmes Bad.

23. I.: Temperatur in den letzten Tagen dauernd normal, Puls leidlich normal, Allgemeinbefinden bessert sich, Urinmenge genügend. Wunde sieht gut aus.

24. V.: Patient ist schwach, spricht viel mit sich, ohne benommen zu sein.

25. V.: Patient nachts sehr unruhig, Puls ist abends 120, unregelmäßig, dauernd anhaltende Unruhe.

26. V.: Morgens 6 Uhr heftige Schmerzen im linken Bein, dasselbe ist kalt, gefühllos, gelähmt. Patient ist völlig klar, hat große Atemnot.

10 Uhr Exitus.

Die Autopsie ergibt, daß der rechte Ureter in der Mitte durch einen großen Stein verschlossen ist. Die linke Niere zeigt ein sehr stark erweitertes Becken mit geringem Nierenparenchym.

Fall XXIII. J.-N. 943/1908.

Frau Elise W.

Aufgenommen: 23. VII. 1908.

Entlassen: 15. VIII. 1908.

Anamnese: Als Kind Masern, mit 14 Jahren 2mal Lungenentzündung, sonst häufig Husten. Vater gestorben an Wassersucht, ein Bruder an Schwindsucht. Mutter und übrige Geschwister gesund. Als junges Mädchen bleichsüchtig, Menses nicht unregelmäßig. Seit mehreren Jahren Rückenschmerzen, seit 3 Jahren öfters blutigen Urin, dabei starke Schmerzen.

Status: Lunge o. B., etwas Herzgeräusche. In der linken Nierengegend ist eine unsichere Resistenz fühlbar, nur geringe Druckempfindlichkeit. Urin ist leicht trüb, gelblich.

Cystoskopie: Sehr blasse Blase, aus dem linken Ureter kommt trüber Urin.

Der Ureterkatheterismus ergibt rechts klaren Urin mit einigen roten Blutkörperchen, zahlreichen Epithelien,

wenig Eiweiß; links: deutlich trüben Urin mit viel Eiter, wenig Epithelien.

Die Anlegung einer Kultur des Urins ergibt eine Reinkultur von Coli.

Diagnose: Linksseitige durch bact. coli infizierte Hydronephrose.

Temperatur 36,8; Puls 90.

4. VIII.: Operation in Äthernarkose. Bei der Operation fand sich ein großer Hydronephrosesack mit spitzwinkeligem Abgang des Ureters und wenig Nierensubstanz in der Kapsel, daher Nephrektomie.

13. VIII.: Heilungsverlauf o. B. Patientin steht auf.

15. VIII.: Urin ist normal, enthält kein Albumen, keine Zylinder. Patientin fühlt sich noch etwas schwach; sie wird heute als geheilt entlassen.

Fall XXIV. J.-N. 1854/1908.

Martha P., Dienstmädchen.

Aufgenommen: 8. XII. 1908.

Entlassen: 5. II. 1909.

Anamnese: Als Kind Masern, sonst früher gesund. Am 3. XII. bekam sie plötzlich einen Ohnmachtsanfall mit voller Bewußtlosigkeit. Früher will sie ganz vorübergehend und nur in den letzten 14 Tagen öfters leichte Stiche in der rechten Seite gehabt haben.

Status: Brustorgane o. B., im rechten Hypochondrium ein ziemlich großer Tumor, Palpation ist schmerzhaft, Resistenz prall elastisch. Aus den Genitalien besteht ein ziemlich starker Fluor, die Schleimhaut derselben ist gerötet und aufgelockert. Aus der Urethra läßt sich Eiter ausdrücken, der Gonokokken enthält.

Cystoskopie: Blasenschleimhaut mäßig infiziert. Rechte Uretermündung stark gerötet mit heraushängendem Eiterpfropfen. Links frei.

Ureterkatheterismus ergibt rechts nur wenig Tropfen sehr trüber, weißlicher Flüssigkeit, links dunklen, aber klaren Urin. Die Flüssigkeit des rechten Ureters enthält massenhaft Eiterzellen, reichlich Diplokokken nach Form und Charakter der Gonokokken. — Temperatur 37; Puls 84.

Diagnose: Durch Gono. infizierte rechtsseitige Hydronephrose.

11. XII.: Operation: Großer hydronephrotischer Sack mit wenig Nierengewebe. Der Eiter war hauptsächlich auf den Ureter beschränkt, in der Hydronephrose war nur wenig Eiter. Die rechte Niere wird exstirpiert.

16. XII.: Temperatur, die anfangs gestiegen, und Puls normal.

8. I. 1909: Es bestand eine starke Sekretion aus der Wunde, die jetzt allmählich nachläßt; Allgemeinbefinden gut.

28. I.: Die noch bestehende Fistel verkleinert sich nur langsam.

5. II.: Es besteht noch eine kleine, granulierende Fistel mit geringer Sekretion. Sonst Befinden gut. Patientin wird in Behandlung des Kassenarztes entlassen.

Aus dem Verlauf der angeführten Fälle sei es mir erlaubt, für die chirurgische Behandlung der Pyonephrosen und infizierten Hydronephrosen folgende Schlüsse zu ziehen:

1. Eine kleine Gruppe von Fällen kommt durch Nephrotomie zur Heilung. Diese mit Sicherheit vorauszubestimmen ist nicht möglich. Die Art der Infektionserreger scheint dabei kaum eine Rolle zu spielen. Das einzige Moment, was prognostisch verwertbar erscheint, dürfte in der Anamnese Angaben über die Dauer der Nierenbeschwerden sein. Bei kurzem Bestehen derselben kann eine Heilung durch die konservative Behandlung erwartet werden; dafür sprechen Fall V, VII, XII und XV. Ergibt sich aus der Anamnese, daß die Erkrankung schon lange besteht, so gibt die Nephrotomie schlechte Resultate und erfordert meist sekundäre, für den

Patienten nicht zu unterschätzende Eingriffe (Fall II, IV und VI). In diesem Falle kann sie nur als Notoperation in Betracht kommen (Fall VI, IX, X und XXII).

2. In Fällen von langdauernder Erkrankung (Fall I, II, VIII, XIII, XIV, XVI, XVII, XX, XXI, XXIII und XXIV), wo oft schon die Cystoskopie zeigt, daß dickflüssiger Eiter beständig sich entleert, ist die primäre Nephrektomie die Operation der Wahl. Das Cystoskop und der Ureterkatheterismus ergeben schon vor der Operation, daß funktionierendes Nierengewebe wenig oder gar nicht vorhanden ist.

Fall XVIII aus der Privatpraxis von Herrn Professor Anschütz, bei dem trotz lang bestehender Erkrankung die Niere nicht exstirpiert wurde, sondern weil noch parenchymatöses Gewebe vorhanden war, nach dem Standpunkte Albarrans konservativ behandelt wurde und schnell zur Heilung gelangte, kann nicht als Gegenbeweis für obige Behauptung angesehen werden.

3. In Fällen, wo der Sackniere eine Tuberkulose zugrunde liegt, ist unbedingt die Nephrektomie angezeigt. Fall II zeigt, daß die Nephrotomie, die wegen des relativ viel erhaltenen Nierengewebes gemacht wurde, keine Heilung erzielte und erst die Nephrektomie den erwünschten Erfolg hatte. Wird die tuberkulöse Niere nicht exstirpiert, so läuft die gesunde Niere Gefahr, ebenfalls, und zwar auf venösem Wege, tuberkulös zu erkranken. Die eventuelle, gleichzeitig bestehende Tuberkulose der Blase ist keine Kontraindikation, da dieselbe gewöhnlich spontan ausheilt. Ebensowenig kann eine gleichzeitig bestehende Albuminurie der zweiten Niere, die nach Israel als toxische Albuminurie aufzufassen ist, von der Exstirpation abhalten, da auch diese nachher meist zurückgeht.

4. Die angeführten Fälle bestätigen, daß die Nephrektomie bezüglich des postoperativen Verlaufes dem konservativen Vorgehen überlegen ist.

In der Literatur ist vielfach darauf hingewiesen, daß die größte Mehrzahl der an Pyonephrose und Hydronephrose Erkrankten dem weiblichen Geschlecht angehören. Auch ich möchte nicht schließen, bevor ich auf diesen Punkt aufmerksam gemacht habe. 22 = 91,67 % von den obenerwähnten Fällen betreffen Personen des weiblichen und nur 2 = 8,33 % Personen des männlichen Geschlechts.

* * *

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Anschütz für die freundliche Überweisung des Themas und des Materials und Herrn Prof. Dr. Baum für seine liebenswürdige Unterstützung bei der Ausarbeitung meinen Dank auszusprechen.

Literatur.

1. v. Bergmann, v. Bruns, v. Mikulicz. Handbuch der praktischen Chirurgie, III. 2.
2. Zentralblatt der Chirurgie, Jahrgang 1895 bis 1911.
3. v. Bruns, Beiträge zur klinischen Chirurgie, Band 35, 72.
4. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 75.
5. Langenbeck: Archiv für klinische Chirurgie.
6. Münchener medizinische Wochenschrift. (1911, Juli.)
7. Garré-Ehrhardt: Nierenchirurgie.

Lebenslauf.

Ich, Franz Wilhelm Tebbe, wurde geboren zu Weninghausen, Kreis Arnsberg, als Sohn des Gutsbesitzers Anton Tebbe und dessen Ehefrau Elisabeth, geb. Hermes. Nach Absolvierung des Gymnasiums zu Brilon, Ostern 1908, studierte ich Medizin in Kiel, Münster i. W., wo ich am 23. Juli 1910 das medizinische Vorexamen bestand, dann in Würzburg, Marburg und Kiel, wo ich am 26. Mai 1913 das medizinische Staatsexamen und am 31. Mai 1913 das Examen rigorosum vor der dortigen medizinischen Fakultät bestand.